

嘉麻市病後児保育事業現症連絡票

児童氏名： _____
 生年月日： _____年 _____月 _____日生（ _____歳 _____か月）
 保護者氏名： _____

* 医師の診察は、事業の利用当日に行ってください。ただし、症状の悪化がなければ、利用日の前日の診察でも可能です。

疾患名	※該当する疾患名、症状に「レ」チェックをお願いします。	
	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 消化不良 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
<主な症状>		
<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他		
医師からの意見 （上記の疾患名・症状における病後児保育事業実施施設での対応について）	安静度	<input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 観察室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内保育（他の児童と室内で遊んでよい）
	飲食	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容 _____ ）
	処方内容	薬品名： _____ <input type="checkbox"/> 処方せん参照 <hr/> 解熱剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：BT（ _____ ℃）以上で（ _____ ）を（ _____ ）使用 <input type="checkbox"/> 主治医に連絡：BT（ _____ ℃）以上
	注意すべき症状	
病後児保育利用可能期間	_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで	
_____年 _____月 _____日（診察日） 現時点において、嘉麻市病後児保育の利用が可能であることを認めます。 所在地 _____ 医療機関名 _____ 医師名 _____ (印) 電話番号 _____		